

THÈSE **388**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

José M. ALZOLA

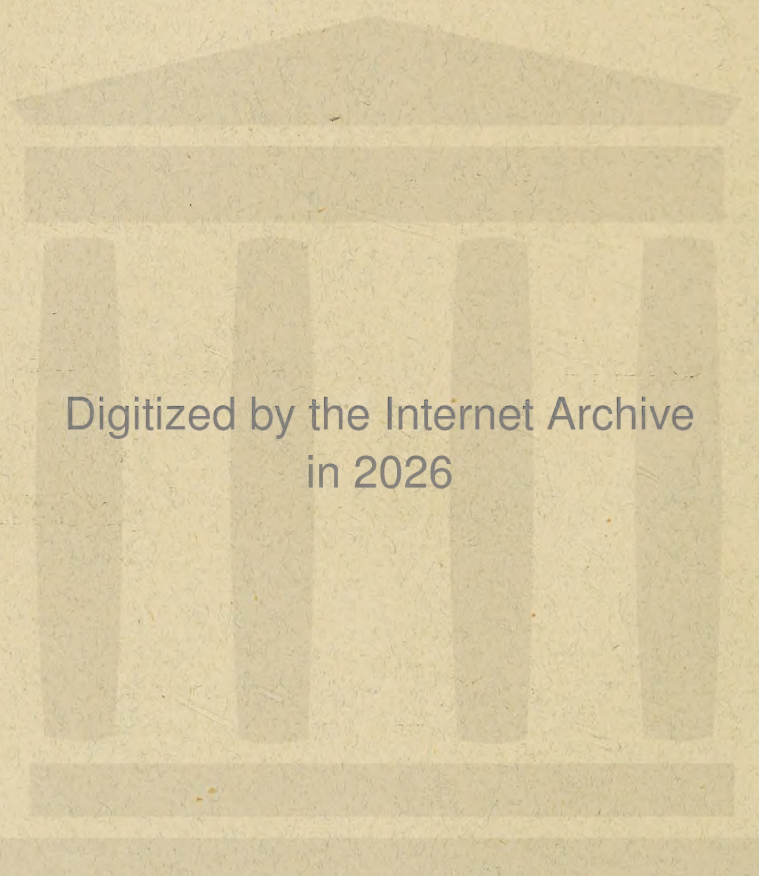
Né le 2 Août 1908, à Cárdenas (Cuba)

**Evolution spontanée de la
Présentation du Front**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA
175, Boulevard Saint-Germain, 175
PARIS
1934

888



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41551414_0059

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

José M. ALZOLA

Né le 2 Août 1908, à Cárdenas (Cuba)

Evolution spontanée de la Présentation du Front

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

LES ÉDITIONS VÉGA
175, Boulevard Saint-Germain, 175
PARIS
1934



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST .
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET

Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
Professeur sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. . Neurologie et Psychiatrie.
 BÉNARD (H.) . . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROCC Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . Pathologie médicale.
 DOGNON. Physique.
 DONZELOT. . . . Pathologie médicale.
 FEY. Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER. . . . Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. . Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD. Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN. . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOL . . . Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY . . . Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI . . Neuro-psychiatrie.
 MOREAU. Pathologie médicale.
 MOULONGUET. . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et syphiligraphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX. Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CADENAT	Clinique chirurgicale. (suite)
AUBERTIN		HEITZ-BOYER..	
BRULE		MOCQUOT	
CHIRAY		MOURE	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		GUÉNIOT.	Clinique obstétricale.
LIAN		LE LORIER....	
		LEVY-SOLAL ..	
BASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER.	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

*Faible témoignage de ma pro-
fonde affection.*

A MA SCEUR

A MES FRERES

A MA FAMILLE — A MES AMIS

A Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré l'idée de notre
thèse et nous a fait l'honneur
de vouloir bien la présider.*

*Qu'il veuille trouver ici l'hom-
mage de notre reconnaissance
respectueuse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

A MES MAITRES A LA FACULTE DE MEDECINE
DE LA HAVANE

INTRODUCTION

La présentation du front, qu'on doit plutôt appeler présentation intermédiaire entre la face et le sommet, pour y comprendre les multiples variétés qu'on lui attribue, est la plus dystocique des présentations céphaliques.

Puisque sa progression se fait à la force, par tassement, il est assez fréquent de voir l'évolution spontanée s'interrompre. Moins fréquents sont les cas qui peuvent sans autre concours que les forces naturelles être accouchés.

Nous allons étudier dans le présent travail ce dernier point. Mais avant de commencer nous voulons exposer quels sont les cas que nous croyons mériter d'être compris dans l'évolution spontanée du front.

Les présentations du front appelées définitives, c'est-à-dire, qui de l'engagement au dégagement sont restées en cette position, vont occuper principalement notre attention. Mais il y a aussi d'autres cas transitoires ou temporaires, parce qu'ils se sont transformés

pendant le travail en face ou en sommet, impossibles d'exclure complètement de l'évolution spontanée du front.

En effet, bien souvent la transformation ne se fait pas au moment de l'engagement, mais au dégagement. Si le deuxième temps est le plus difficile et le plus pénible du travail, nous devons considérer les sommets et les faces du dernier moment de l'accouchement comme une évolution spontanée et non moins heureuse de la présentation du front. C'est pourquoi au chapitre des « Mécanismes moins fréquents » nous avons consacré un paragraphe aux transformations en face et en vertex.

Le plan de notre travail est le suivant :

- I. — Fréquence.
- II. — Mécanisme habituel.
- III. — Mécanismes moins fréquents.
- IV. — Facteurs qui favorisent l'évolution spontanée du front.
- V. — Pronostic.
- VI. — Thérapeutique.
- VII. — Observations.
- VIII. — Conclusions.

L'étiologie et les phénomènes plastiques de la tête sont plus ou moins envisagés au cours des chapitres énumérés ci-dessus.

FREQUENCE

La présentation du front est hautement dystocique. Elle vient en ordre décroissant après la présentation de l'épaule. Herrgott l'avait déjà comparée à cette dernière et il croyait la pouvoir considérer comme une véritable présentation transversale de la tête. Mais si son évolution spontanée est peu fréquente, elle n'est pas une exception. Nous pouvons compter sur ce fait dans un cas de front, tandis que pour une épaule une telle conduite serait une catastrophe.

Sur vingt-trois cas de présentation du front recueillis à la Clinique Baudelocque dans une période de huit ans, nous relevons cinq cas qui ont évolué spontanément, sans autre concours que les contractions utérines.

La proportion est donc de 21,7 %.

Sa fréquence varie cependant avec chaque auteur. Voici quelques statistiques :

Auteurs	Cas de front	Evolutions spontanées	%
Andebert et A. Galy-Gas-			
parron	7	5	71
Maret	17	8	47,6
Zaira Namus	39	9	23,5
David E. Mølting.....	37	12	32,4
Chatillon	7	5	71
Stiglbauer	65	23	35,4
V. Kreniger-Guggember...	68	33	48,5
Neumann	16	5	31,2
Fink	16	9	56
Eyneer	13	6	48
Steiz	13	10	77
Martius	9	3	33,3
Demuth	8	3	37,5
	295	131	45,4

Notre statistique est loin de cette moyenne ; elle se rapproche seulement de celle recueillie par M^{lle} Namus à la Clinique Tarnier.

Pour quelques auteurs ces chiffres sont trop élevés. parce que y sont inclus très souvent les cas temporaires qui se sont transformés en une autre présentation avant que l'engagement ait lieu. Mais cette erreur serait compensée par une autre qui consiste à confondre un bon nombre de présentations du front avec les occipito-postérieures.

MECANISME HABITUEL

Un des caractères particuliers à la présentation du front est la variabilité des mécanismes qu'elle développe pendant son passage à travers la filière pelvi-génitale.

En effet, nous allons voir qu'au premier temps elle ne peut pas s'accommoder de façon simple comme le font le sommet et la face. A l'inverse de ces dernières présentations, la rotation interne ne coïncide pas avec la descente à travers l'excavation, et si cette rotation a lieu on ne l'observe qu'au niveau du plancher périnéal. Enfin, au moment du dégagement la tête va sortir suivant les modes les plus variables.

Amoindrissement

Ce mécanisme, qui se réalise nettement dans les autres variétés de présentation de la tête, ne s'observe pas dans notre cas, ou bien il est tout à fait minime et insuffisant.

Tous les points situés de la racine du nez au bregma peuvent se trouver au centre de l'excavation ; donc les diamètres en relation avec le détroit supérieur seront variables.

Si nous prenons, par exemple, la position intermédiaire qui est la plus habituelle, autrement dit une position dans laquelle l'axe du détroit supérieur traverse la tête dans le sens d'une ligne allant du milieu du front au trou occipital, le diamètre O.M. va se trouver en relation et parallèle au détroit supérieur. Or, le diamètre O.M., sur une tête normale, mesure 13-13.5 centimètres, et le diamètre transverse utile du détroit supérieur, seulement 12 centimètres ; le contraste est manifeste et le fœtus ne pourra passer que si d'autres éléments interviennent.

Dans ces conditions la tête est appuyée contre le détroit supérieur par la racine du nez d'un côté et la région voisine de la grande fontanelle du côté opposé. C'est une sorte d'enclavement au D.S.

Engagement

Si la tête ne s'amointrit pas, la nature doit choisir un autre moyen pour faire la réduction des diamètres céphaliques.

Ce mécanisme, nous le verrons plus tard, a besoin surtout d'une grande malléabilité des os du crâne.

Alors, grâce à une pression utérine énergique, la tête va souffrir une série de phénomènes plastiques caractéristiques.

En effet, par tassement l'extrémité céphalique va glisser, franchir le détroit supérieur et se modeler sur l'excavation. De cette compression pour ainsi dire centripète, sur tous les points du crâne en contact avec le bassin osseux, va résulter avant tout une diminution du diamètre O.M. à la suite de l'aplatissement effectué au niveau de la voûte cranienne. La réduction peut atteindre jusqu'à 1 centimètre et demi. Par contre, les diamètres O.F. et S.B.M. sont augmentés, les plans frontal et occipital ont tendance à devenir parallèles, et la forme de pyramide à vertex frontal est facile à constater l'enfant étant hors de l'organisme maternel. Non seulement les diamètres sont diminués, mais on constate aussi un notable chevauchement des os ; l'occipital sous les pariétaux, un pariétal sur l'autre ou sur un temporal, le frontal sous les pariétaux, constituent une partie des déformations au niveau de la tête.

En même temps qu'ont lieu ces déformations, que l'occiput est refoulé vers la colonne vertébrale, le menton se rapproche du sternum et à ce moment la bouche s'ouvre.

On avait prétendu que ces déformations avaient leur origine au niveau du bassin mou, pourtant les cas de césariennes qui n'avaient pas encore franchi le détroit supérieur présentaient l'aspect particulier des

fronts extraits par les voies naturelles (Wallich, Brault).

Ne croyant pas suffisant ce mécanisme de tassement pour franchir le pelvis osseux, certains auteurs ont imaginé des mouvements de flexion ou de déflexion effectués par la tête au cours de sa progression.

Mangiagalli avait émis une première théorie : le menton descendant plus bas que l'occiput. On lui a objecté que si dans la règle le dégagement se fait de telle façon que l'occiput sort avant le menton, la tête aurait besoin de basculer un diamètre O.F. agrandi quelquefois jusqu'à 15 centimètres, fait impossible à réaliser dans l'excavation. Alors Blanc a compliqué l'affaire, attribuant au menton une nouvelle réascension qui est moins admissible.

Par contre, Polosson décrivait un mécanisme dans lequel l'occiput se trouvait sur un plan plus bas que le menton.

Nous ne doutons point des possibilités de ces théories. Si un de ces mouvements s'exagère le front se transforme en face ou en sommet. Mais dans les cas purs, définitifs, ces mouvements ne sont pas des facteurs importants pour expliquer par eux-mêmes un accouchement spontané.

M^{me} Lachapelle, avec son esprit prodigieux d'observation, avait jeté la lumière sur l'engagement de la présentation du front : « Si la tête du fœtus était toujours molle, flexible, accommodable à la forme des passages

qu'elle doit traverser, si elle pouvait s'allonger, s'aplatir, se courber, elle n'aurait pas besoin de suivre une marche si compliquée et d'exécuter des mouvements si variés ; le mécanisme de sa sortie serait tout entier compris dans un seul mouvement, celui de simple progression. »

De cette façon, la tête orientée dans le sens transversal du bassin, plus rarement légèrement oblique, va en même temps que se déformer s'engager par syncritisme. Quand elle se place en oblique les deux positions plus fréquemment trouvées sont la N.I.G.A. et la N.I.D.P.

Sans doute, si le bassin est trop vaste et la tête trop petite, flottant « comme un battant de cloche » (Brault) elle n'aura pas besoin de mécanisme spécial pour traverser la filière pelvienne.

Rotation

Etant donné les déformations du crâne et l'adaptation au bassin, la rotation qui, normalement se fait à mesure que la tête progresse dans l'excavation, dans le front ne s'observe qu'au niveau du plancher périnéal. C'est à ce moment-là qu'elle tourne en avant, la face regardant le pubis et l'occiput le sacrum.

Dégagement

Une fois que la face regarde le pubis elle va par un mouvement de flexion forcée et prenant appui sur des

points variables faire sa sortie. Ces points qui lui servent pour pivoter sont la racine du nez ou la région sourcilière, ou bien la région sous-nasale du maxillaire supérieur. Le plus souvent, c'est la bouche, qui, ouverte déjà au passage du détroit supérieur, semble mordre la symphyse. Ce fait a pour résultat une diminution des diamètres à dégager et une sortie plus facile de la tête avec moins de risques pour le périnée.

La tête, déjà préparée pour sortir, va en se fléchissant opérer son dégagement et on verra apparaître à la vulve successivement le front, la fontanelle antérieure et l'occiput. Alors, l'expulsion va se compléter par un mouvement de déflexion autour du sous-occiput qui s'appuie sur la région de la fourchette, ce qui permet la sortie de la bouche et du menton.

Les observations IV et V sont un exemple de ce mécanisme. Dans le premier cas il s'agit d'un enfant né à terme avec un poids de 3.100 grammes. Au cours du travail on avait diagnostiqué un front en N.I.D.T. ; au détroit inférieur il faisait la rotation interne pour sortir suivant le mécanisme classique et le plus favorable, la bouche ouverte semblant mordre la symphyse. Dans le deuxième cas, un prématuré (2.900 gr.), de la position initiale N.I.G.A., a tourné pour se dégager en N.P., la bouche restant fermée.

Phénomènes physiologiques

La présentation du front, nous l'avons vu, est une présentation hautement dystocique et le travail aura tous ses inconvénients.

Les contractions étant douloureuses et peu efficaces, le travail est lent et pénible ; la présentation restant élevée et s'engageant difficilement augmente la souffrance de la femme qui doit accoucher par les reins.

La poche des eaux, généralement volumineuse, se rompt précocement. Ce phénomène rendra difficiles les mouvements d'accommodation et la tête restera définitivement en front.

Ces difficultés du travail seront moindres en cas de fœtus prématuré. On peut remarquer que les observations IV et V sont les seules qui ont eu une longueur anormale du travail (59 heures et 69 heures) et à ces cas correspondaient les fœtus les plus volumineux.

MECANISMES MOINS FREQUENTS

Variétés du dégagement

Le mécanisme décrit jusqu'ici, qu'on peut appeler classique, est exposé à des variations au moment du dégagement.

La rotation qui a lieu au niveau du plancher périnéal peut manquer. Quelquefois le modelage de la tête à l'excavation est une cause de cette évolution. Mais c'est surtout dans les cas prématurés que la petitesse de la tête favorise un dégagement en transverse. (Observations II, III.)

Ce mécanisme ne s'observerait pour certains auteurs (Blumm, v. Jaschke), que si la tête est petite et le bassin favorable.

Les cas de Zimmermann, Heinlein, Fink, Calhoun, démontrent qu'il peut avoir lieu même avec fœtus à terme assez volumineux.

	Poids de l'enfant
Zimmermann	4.300 gr.
Heinlein	3.400 gr.
Fink	3.750 gr.

Martuis rapportait au Congrès de Vienne en 1925. que si ce mécanisme était le plus rare pour les autres présentations, pour le front sa fréquence serait de 10 %.

Parfois le mouvement de rotation interne se réalise insuffisamment pour que la suture sagittale soit en direction antéro-postérieure, alors la tête va se dégager. la face regardant une des branches ischio-pubiennes.

Dans ce dernier cas, le mécanisme le plus habituel est le suivant : « Le front faisant saillie hors de la vulve, le bregma vient se fixer sur une des branches ischio-pubiennes, puis, sous l'influence des contractions utérines, aidées de la poussée abdominale. on voit se dégager au-dessous de l'autre branche ischio-pubienne les yeux, le nez et la bouche ; parfois l'occiput sort à ce moment-là, le fœtus mordant non la symphyse, comme d'habitude, mais la branche ischio-pubienne : parfois aussi le menton sort à la suite de la bouche et l'occiput est expulsé le dernier » (Péry).

Parfois la rotation se fait vicieusement. alors, la face au lieu de venir se placer derrière la symphyse, tourne en arrière dans la concavité sacrée.

Ces cas sont la cause d'un grand nombre d'interventions. Pour Heinricius et Chohmogoroff, le chiffre s'élève à 75-80 % ; pour Maret, 41 % seulement.

Cependant, cette nouvelle attitude n'empêche pas toujours que l'expulsion se fasse spontanément. Les cas observés sont rares (Plauchu, Rasch, Braxton Hicks, Hecker) ; le mécanisme décrit par les deux premiers auteurs a été identique. « Le fœtus vivant étant de moyen volume, le bassin normal et les contractions utérines énergiques, on vit le front faire saillie hors de la vulve, puis le bregma apparaître à son tour ; la tête subit à ce moment-là un temps d'arrêt, mais les contractions se poursuivant très énergiques, on put voir la partie postérieure se fixer sous la symphyse et se creuser d'une véritable gouttière à direction transversale, qui servit en quelque sorte de charnière pour le mouvement de dégagement, amenant successivement dehors les globes oculaires, le nez et la bouche. A ce moment, la tête se fléchit de façon à faire sortir l'occiput et enfin le menton fut le dernier expulsé » (Péry).

Peters (3.000 gr.), Kermanner (2.610 gr.), Heymann (3.000 gr.), Weiss (3.000 gr.), Fink (3.360 gr.) ont aussi observé en Allemagne des cas de ce genre.

Un dernier mécanisme a été signalé pour le dégagement. De même que pour la rotation en avant, celle qui se fait en arrière peut être insuffisante et la suture sagittale, au lieu de se placer en sens antéro-postérieur, coïncide avec un des diamètres obliques du détroit in-

férieur. Une des saillies pariétales se place au contact de la symphyse pubienne, tandis que la grande fontanelle sert de point d'appui pour le dégagement (Martius).

Transformation spontanée en face ou sommet

Parfois la tête arrive à sortir après s'être transformée en face ou en sommet.

Le front peut se transformer en une de ces présentations, soit au début, soit à la fin de son trajet à travers le bassin.

Au détroit supérieur avant son engagement, si aucune cause ne l'empêche, le front sous la poussée utérine est susceptible de se transformer en sommet, quand le mouvement favorable a été la flexion, ou en face dans le cas où une déflexion franche est effectuée, mais ces cas doivent être considérés comme un degré de déflexion passager de la tête, qui va traverser le bassin en une autre présentation moins dystocique.

Au niveau de l'excavation la transformation est rendue plus difficile à cause du modelage de la tête sur le bassin, et toute force étrangère tendant à produire ce fait n'a fréquemment qu'un résultat : l'enclavement de la tête.

La transformation spontanée en sommet est la seule possible au niveau de l'excavation ; au moins, c'est

l'avis de tous les auteurs. La transformation en face est considérée comme impossible. Cependant M^{me} Woedz a publié un cas qui avait fait son évolution en face entre le détroit moyen et l'inférieur.

Au contraire au moment du dégagement il n'est pas rare de voir sortir la tête en face.

L'observation I en est un exemple, la tête se défléchissant à la fin du travail fait son dégagement en mento-pubienne.

FACTEURS QUI FAVORISENT L'ACCOUCHEMENT SPONTANÉ DU FRONT

L'évolution spontanée de l'accouchement dans la présentation du front, sous certaines conditions particulières et avec efforts considérables, est possible. En effet, un bassin de dimensions normales ou augmentées, associé à une fibre musculaire qui a conservé intacte sa valeur physiologique et une tête moins volumineuse que normalement, favorisent notablement l'accouchement spontané.

Pinard considérait aussi que le mécanisme spécial de l'accouchement par le front ne pouvait avoir lieu que si des conditions déterminées se trouvaient présentes. Ces conditions étaient « certaines dimensions du bassin et de la tête et surtout une certaine plasticité particulière de cette tête ».

Que le bassin soit ample et que la tête soit petite sont indubitablement des facteurs favorisants, mais pas toujours nécessaires. Si l'accouchement s'observe avant terme nous nous trouvons en présence d'une tête à di-

mensions moindres que les normales, l'expulsion se fera facilement et si le travail traîne il faudra en chercher la cause ailleurs.

Nous présentons parmi les cinq cas, trois qui ont eu pour cause la prématurité. Ils se sont passés sans aucune complication. Dans l'observation II la durée du travail a été assez courte, pourtant la période d'expulsion a duré 1 h. 30. Le cas III, au contraire, a présenté une expulsion facile (15 minutes). Ces deux observations nous démontrent que si dans un cas la tête a été expulsée sans difficulté, dans l'autre, malgré son petit volume, elle a eu du mal à sortir.

Que le bassin soit normal n'est pas non plus indispensable. Des cas avec bassin rétréci qui ont évolué sans intervention ont été publiés (Nölting). Le placenta praevia peut être cause d'une présentation du front et faire par sa situation, d'un bassin normal, un bassin rétréci sans que pour cela l'accouchement spontané soit gêné.

D'autre part, une tête volumineuse avec bassin normal aurait la même valeur, au point de vue de la possibilité de l'accouchement, qu'une tête peu volumineuse avec un bassin vicié.

Plusieurs cas de fœtus volumineux ont été publiés pour douter de la vérité des faits. Le poids des douze enfants de la statistique de Nölting qui ont été accouchés spontanément oscille entre 3.160 grammes et 4.400 grammes.

Le cas de M^{lle} Woedz, que nous avons mentionné plus haut, pesait 4.411 grammes.

Moins considérables ont été les cas de Zimmermann avec 4.300 grammes et de Fink avec 3.750 grammes.

Nous comprendrons donc que si le volume de la tête et l'ampleur du bassin jouent un certain rôle, ils sont des facteurs jusqu'à un certain point secondaire, et que d'autres éléments doivent prendre place au premier rang.

La plasticité du crâne fœtal est l'élément primordial pour que la tête puisse sortir spontanément. Dans le chapitre du mécanisme nous avons vu que la tête, située en position intermédiaire entre la flexion et la déflexion, présentait des diamètres disproportionnés à la filière qu'elle devait traverser ; en outre, son amincissement étant impossible par le mécanisme habituel aux autres présentations sans se transformer en face ou en sommet, elle n'avait à choisir que transformer sa structure, or, si l'ossification de la tête est assez avancée, la contraction utérine aurait du mal à la modeler suffisamment pour rendre possible sa descente, le travail se prolongerait et les signes de souffrance indiqueraient l'intervention.

Cette plasticité permet d'expliquer la possibilité de l'accouchement dans le cas de tête trop volumineuse, qui, heureusement, sont plus fréquemment associés qu'on le croit à une malléabilité extrême.

Dans ces conditions, le chevauchement des os du crâne avec la déformation de la base produit une telle diminution des diamètres, que si les contractions sont bonnes, l'accouchement se termine avec une facilité relative dans un cas où on aurait été tenté d'intervenir.

Une deuxième condition importante est la contraction utérine. Une femme qui a conservé pendant la durée du travail une fibre utérine infatigable aura plus de chances de voir son accouchement se terminer spontanément que chez une autre où les douleurs deviennent moins intenses et espacées. Le modelage de la tête au bassin doit se produire nécessairement sous la poussée utérine, or, en son absence, de même que dans les bassins viciés suffisants, la tête ne pourra pas vaincre son premier obstacle et la valeur de la plasticité sera nulle.

Ce n'est pas seulement un élément de force qui intervient dans le cas de la contraction utérine. Quand l'obliquité utérine est la cause de cette dystocie (le cas d'abdomen pendulum est une des causes principales du front pour Calhoun), la direction de la force de la contraction utérine ne se fait pas dans un sens perpendiculaire au plan du détroit supérieur et sa valeur diminuerait. L'application d'une ceinture dans ce cas produit un heureux résultat.

Des causes variables peuvent empêcher l'évolution spontanée du front, parmi elles nous devons citer les malformations, surtout du cou, qui sont l'origine dans quelques cas de ces déflexions de la tête.

Les manœuvres qui ont été essayées jadis, comme celles pour lesquelles Pinard avait établi des règles et que plus tard il déconseillait, ont entravé la sortie spontanée du fœtus.

L'hydramnios, une autre cause de la présentation que nous étudions, peut par surdistension rester au muscle utérin de la valeur fonctionnelle.

De la même façon agirait une gemellaire ; de plus les deux têtes peuvent se bloquer au même niveau et l'accouchement serait impossible.

En cas de bassin vicié on ne peut pas compter, en se basant sur des faits rares d'accouchement possible, sur cette heureuse évolution. A la dystocie du bassin, nous devons avoir présente à l'esprit dans ces cas, celle de la présentation du front.

Le mécanisme suivi par la tête pour se dégager a une influence considérable pour rendre difficile l'accouchement spontané si la rotation n'a pas lieu ou si elle se fait d'une façon peu habituelle.

Un diamètre bi-ischiatique normal ou légèrement réduit peut être un obstacle pour une tête normale en dimensions, qui a passé avec une certaine facilité le détroit supérieur; si elle va se dégager en transverse. Plus grande serait la difficulté pour une tête volumineuse.

C'est le cas de la rotation en arrière qui offre le plus fréquemment le type dystocique du dégagement du

front. Nous avons vu plus haut qu'elle représente, dans une proportion élevée, une cause d'intervention.

Les cinq observations qui nous ont suggéré ce travail n'ont pas eu de facteurs défavorables au point de vue de la tête et du bassin. L'observation II avait un excès de liquide et on a dû pratiquer la rupture artificielle des membranes ; l'observation IV avait aussi du liquide amniotique en abondance. Cet excès de liquide n'avait pas empêché l'évolution spontanée de l'accouchement, si bien que pour le cas IV le travail avait duré 59 heures, dû plutôt à ce que la tête était plus volumineuse.

Bien des fois la tête s'arrête, elle ne progresse plus, sans que nous puissions nous en expliquer la cause. A ce moment elle est enclavée, c'est-à-dire qu'elle ne pourra pas, sous l'influence des forces naturelles, avancer ni se déplacer dans aucun sens. Il faut alors intervenir.

PRONOSTIC

Le pronostic de la présentation du front a été considéré unanimement par tous les auteurs comme mauvais, tant pour la mère que pour le fœtus.

La gravité du pronostic est donnée non seulement par sa mortalité, mais par sa morbidité.

La mortalité maternelle dans les cas spontanés est moins considérable que dans l'ensemble de la présentation du front. La connaissance plus complète que nous avons aujourd'hui de cette dystocie nous fait suivre une conduite plus adéquate que celle des anciens. De là vient que la mortalité à notre époque diffère notablement des statistiques parues jadis.

Nous avons eu un cas de mort parmi les cinq accouchements spontanés, mais la cause ne se trouvait pas dans son évolution en front. Il s'agissait d'une femme avec lésions de tuberculose pulmonaire aggravées au cours de la gestation ; le travail lui a donné un coup de fouet et elle mourait quelques jours plus tard.

La sévérité du pronostic maternel et aussi du pronos-

tic fœtal est occasionnée par la difficulté de l'engagement et de la descente de la tête à travers l'excavation, par la difficulté de la rotation interne et la longueur du travail.

Les dimensions du bassin, le volume et le degré d'ossification de la tête sont des facteurs qui viennent aggraver le pronostic.

Accidents de nature variable, depuis la rupture utérine et les fistules vésico-vaginales jusqu'aux phénomènes d'infection puerpérale ont été observés dans les cas à évolution spontanée.

La rupture utérine est rare si l'accouchement a été surveillé ; par contre les fistules sont plus fréquentes à cause de l'attrition des tissus par une tête qui reste longtemps dans le bassin comprimant les parties molles.

Les dégâts ne s'en tiennent pas là. A la sortie, la tête mal fléchie va présenter des diamètres plus grands que normalement, cause de déchirures périnéales.

Les déchirures du périnée, mais surtout les lésions utérines avec attrition des tissus sont autant de portes d'entrée aux microbes pour que les suites de couches ne soient pas normales.

Sauf la femme morte de tuberculose, les autres n'ont pas présenté d'accidents, ni au moment du travail, ni dans les suites de couches.

La mortalité atteint un plus haut degré chez le fœtus. Le tassement que subit la tête, un travail trop la-

borieux, la compression du cordon s'il existe une procidence, l'asphyxie, sont cause de souffrance fœtale. Si l'accouchement arrive à terme les hémorragies méningées emportent un grand nombre d'enfants.

Nous avons eu un résultat de 0 % de mort. Mais c'est loin d'être la règle. Voyons, par exemple, quelques statistiques :

Auteurs	Mortalité infantile dans les accouchements spontanés
Von Franqué	21,8 %
Stiglbauer	17,7 %
V. Kreninger-Guggemberger...	20,6 %

Etant donné que la mortalité infantile dans l'ensemble des cas de la présentation du front est de 50 %, la proportion de ces auteurs, prise sur un grand nombre de cas, représente presque la moitié de la mortalité totale.

Il faut donc conclure à la sévérité du pronostic de la présentation du front, même quand l'évolution se fait spontanément.

THERAPEUTIQUE

Pendant que la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur, on peut essayer de transformer le front en une autre présentation à évolution plus favorable, soit manuellement, soit en couchant la femme du côté où se trouve l'occiput.

A partir du moment où la tête est engagée, toute tentative de flexion ou de déflexion échoue fréquemment, n'ayant d'autre résultat que l'enclavement dans l'excavation avec l'impossibilité de se déplacer par elle-même. Dans ces conditions on aura besoin d'une intervention plus ou moins dangereuse.

Donc, la meilleure conduite est l'expectative jusqu'au moment où la non-progression de la tête avec compression prolongée des tissus ou les signes de souffrances, tant pour la mère que pour l'enfant, obligeront à terminer l'accouchement artificiellement.

Nous avons vu qu'en général le dégagement se faisait par un premier temps de flexion qui aboutissait à la sortie de l'occiput, suivie d'un deuxième mouvement

de déflexion pour expulser le menton ; alors, si l'accouchement se fait spontanément la conduite de l'accoucheur se bornera à faciliter ce mécanisme en fléchissant d'abord, défléchissant ensuite, sans oublier la protection du périnée qui se déchire si facilement.

OBSERVATIONS

I — (1926; 2151)

Multipare. 52 ans. Antécédents pathologiques: rougeole et fièvre typhoïde dans l'enfance. Grossesses et accouchements antérieurs sans importance. Grossesse actuelle à terme. Examen à l'entrée: bassin normal, utérus 31 cm., position N. I. D. P. Rupture des membranes spontanée tempestive. Durée de la période de dilatation 3 h. 30. Durée de la période d'expulsion 5 minutes. Variété de position au moment du dégagement: mento-pubienne (déflexion à la fin du travail). Durée totale du travail: 3 h. 35. Incidents du travail: néant. Délivrance naturelle et complète une heure après. Suites de couches bonnes. Placenta: 300 gr. Enfant: sexe masculin. Poids: 2.670 gr. Etats de l'enfant et de la mère à la sortie: bons.

II — (1927; 334)

Primipare. 16 ans. Antécédents pathologiques sans importance. Examen à l'entrée: utérus 29 cm. grand axe longitudinal. Présentation céphalique. Bassin normal. Accouchement prématuré. Durée de la dilatation: 13 heures. Rupture des membranes: artificielle tempestive. Liquide amniotique

abondant, poche des eaux volumineuse. Dégagement en N. I. G. T. Durée de l'expulsion: 1 h. 30. Durée totale du travail: 14 h. 30. Incidents du travail: néant. Suites de couches bonnes. Placenta: 420 gr. Enfant: sexe masculin. Poids 2 700 gr. Observation: bourse séro-sanguine siégeant sur le sinciput et la partie superficielle du front. Etats de la mère et de l'enfant à la sortie: bons.

III — (1928; 793)

Multipare. Antécédents pathologiques: bacillaire. Antécédents obstétricaux: 3 fausses-couches, une fille pesant 2 320 gr. Aggravation des symptômes pulmonaires et de l'état général pendant la gestation actuelle. Rupture précoce des membranes. Dégagement en N. I. G. T. Durée de l'expulsion: 15 minutes Délivrance normale. Fille mort-née pesant 1.320 gr. Femme décédée.

IV — (1930; 1014)

Primipare, 21 ans. Antécédents pathologiques: R. A. A. à 15 ans. Examen à l'entrée: utérus ovoïde, hauteur 36 cm., bassin normal, engagement non effectué, position N. I. D. T. Accouchement à terme. Rupture des membranes précoce, spontanée. Excès de liquide. Expulsion en naso-pubienne. Durée de l'expulsion 14 h. 20. Durée totale du travail: 59 h. Incidents du travail: néant. Délivrance naturelle complète. Suites de couches bonnes. Placenta 550 gr. Enfant: sexe masculin. Poids 3.100 gr. Observations: l'enfant présente au-dessous du nez, sur la lèvre supérieure, une légère ecchymose linéaire de 3 cm. environ. Chevauchement de l'occipital sur les pariétaux et du temporal sur les pariétaux. Etat de la mère et de l'enfant à la sortie: bons.

V — (1931; 325)

Multipare; 38 ans. Antécédents pathologiques sans importance. Antécédents obstétricaux: 3 accouchements à terme, un accouchement prématuré à 7 mois. Examen à l'entrée: utérus ovoïde 29 cm., bassin normal, position N. I. G. A. Rupture des membranes spontanée prématurée. Durée de l'expulsion: 20 minutes. Durée totale du travail: 69 h. Enfant: sexe masculin, poids 2,950 gr. Observations (description du dégagement): au moment où la tête se voit à la vulve, la bouche se met en rapport avec le bord inférieur de la symphyse, bouche fermée, apparaissant successivement la lèvre supérieure, le nez, les yeux et le front, la lèvre inférieure et le menton restant sous la symphyse pubienne. Etat de la mère et de l'enfant à la sortie: bons.

Diamètres de la tête dans les cinq observations							
	O. M.	O. F.	S. O. B.	S. O. F.	Bi. P.	Bi. T.	S. B. M.
I	11,9	12,4	9,8	11,3	9,3	8,4	9,5
II	12,5	11	9	10,8	9	8,2	?
III	?	?	?	?	?	?	?
IV	11,9	11,9	8,9	11,4	8,9	8,4	12
V	12,8	13	10,8	12	9,8	7	9,6

CONCLUSIONS

I. — Dans la présentation du front, l'évolution spontanée est rare, mais possible. Elle s'observe surtout quand l'accouchement est prématuré.

II. — Pour un fœtus à terme, les dimensions du bassin, la contraction utérine, mais avant tout la malléabilité de la tête sont les facteurs primordiaux pour que l'expulsion se fasse spontanément.

III. — Au point de vue du pronostic, la morbidité est fréquente chez la mère, la mortalité atteint un chiffre élevé chez le fœtus.

IV. — La tête, une fois engagée, la conduite à suivre est l'expectative, mais en se souvenant qu'une attente trop prolongée serait une imprudence ayant pour conséquence l'enclavement et la mort du fœtus.

Vu : *Le Doyen,*

ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*

COUVELAIRE

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- BRAULT. — La présentation du front (*Gyn. et Obst.*, janvier 1934, XXIX).
- BASSIN. — Les présentations du front et leur thérapeutique (*Thèse de Paris*, 1930).
- BRINDEAU. — Présentation du front. Pratique de l'art des accouchements (Paris, Vigot 1927).
- CALHOUM. — Brow presentation an attitude of deflection with history of case of spontaneous brow transverse.
- CHEVALIER. — Thérapeutique des présentations persistantes du front (*Thèse Paris*, 1909).
- DE FREITAS (Simoes). — A proposito de dois casos de apresentacao de fronte (*Med. Contemp.*, 49, 253, 19 juill. 1931).
- R. FINK. — Spontaneous delivering in frontal presentation and indications for use of Kielland forceps (*Monatschr. f. Gyn. u. Gynak.*, 70, 29-36, juillet 1925).
- GAUSSEL. — Une présentation du front (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1920, IX, p. 288).
- GOSSIP. — Brow presentation (*Brit. M. J.*, Ik. 784, 7 mai 1926).
- HEINLEIN. — Geburt bei Stirnlage mit querverlaufender Stirnnaht (*Zeit. f. Gyn.* 47, 2065, 30 déc. 1922).
- HERMSTEIN. — *Zeit. f. Gyn.*, 46, 655, 29 avril 1922.
- JEANNIN. — *Journal des Praticiens*, 43, 1925, p. 691.

- JESS. — Ueber den Geburtsmechanismus bei Stirnlage und ihre operative Behandlung (*Zeit. f. Gyn.*, 2609, Nov. 1925).
- V. KHRENINGER-GUGGENBERGER. — Uber Stirnlagen (*Arch. F. Gyn.*, 137.838, 1929 ; 142.197, 1930).
- LACHAPELLE (M^{me}). *Pratique des accouchements* (Paris, 1821).
- MARET. — De la présentation du front (*Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1923, XII, p. 399).
- MARTIUS. — *Zeit. f. Gyn.* 1925, 31, p. 1706.
- MARET. — La présentation du front (*Gyn. et Obst.*, 91, juill. 1929).
- NAMUS. — *Thèse de Paris*, 1934.
- NÖLTING. — La presentación de frente en la maternidad del hospital Rivadavia y en el Instituto de Maternidad (*Semana Méd.*, I, 1236-1242, April 21, 1932).
- OSTER. — Contribution à l'étude de la présentation du front à l'aide des observations recueillies à la Maternité de Nancy (*Thèse Nancy*, 1907).
- PLAUCHU. — Des différents modes de dégagements dans les présentations du front (*Lyon Médical*, Nov. 1903, p. 697).
- PÉRY. — Sur un cas de présentation du front (*J. de Méd. de Bordeaux*, 1911, XLI, p. 85).
- ROSSENBECK. — Spontaneous delivery in posterior brow presentation (*Zeit. f. Gyn.*, 48, 2059, 20 sept. 1924).
- VIGNES. — Présentation du front (*Semaine des Hôp. de Paris*, n° 3, 15 février 1932).
- ZIMMERMANN. — Zum Mechanismus bei Stirnlage (*Ztschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, 83, 725, juil. 1921).

